



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la sécurité publique et nationale

SECU • NUMÉRO 073 • 1^{re} SESSION • 42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 26 septembre 2017

—
Président

L'honorable John McKay

Comité permanent de la sécurité publique et nationale

Le mardi 26 septembre 2017

•(0845)

[Traduction]

Le président (L'hon. John McKay (Scarborough—Guildwood, Lib.)): Mesdames et messieurs, la séance est ouverte.

Avant de souhaiter officiellement la bienvenue aux témoins, je veux proposer au Comité qu'étant donné la teneur toute particulière de cette réunion, nous essayions d'être un peu moins protocolaire que d'habitude. Je suis d'avis que nous devrions faire davantage comme s'il s'agissait d'une réunion de caucus plutôt que de suivre la procédure standard, c'est-à-dire de passer d'un côté à l'autre, etc. Je veux simplement vérifier si cela vous convient. D'accord.

De plus, le Sous-comité s'est effectivement réuni, et le rapport du Sous-comité est maintenant obsolète. Il semble que nous ne recevrons pas le projet de loi C-21 bientôt, alors notre étude à ce sujet est suspendue pour le moment. La conséquence de cela, c'est que pour mardi prochain, nous avons deux choix: continuer notre travail avec l'information sur les migrants que nous recevons peut-être jeudi — et ce, dans le cadre d'une réunion mixte avec le ministère de l'Immigration — ou commencer les études autochtones. Je ne vous demande pas de me donner votre avis maintenant. Je vais vous laisser y réfléchir et, vers la fin de la séance, je proposerai peut-être que nous écourtions nos délibérations afin de sonder de quel côté penche le Comité.

Cela dit, j'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue à nos témoins. Il y a eu certaines discussions concernant la façon dont cette séance devrait se dérouler. Je ne connais pas l'ordre exact, mais Michel Rodrigue, Nicole Boisvert et Liane Vail, soyez les bienvenus. Nous avons hâte d'entendre ce que vous avez à nous dire, et de voir dans quel ordre vous allez procéder. Je laisse les choses entre vos mains. Merci beaucoup.

M. Michel Rodrigue (vice-président, Rendement organisationnel et Affaires publiques, Commission de la santé mentale du Canada): Monsieur le président, distingués membres du Comité, merci du temps que vous avez bloqué dans votre horaire chargé pour nous recevoir ce matin.

La Commission de la santé mentale du Canada est ravie de pouvoir brosser le portrait d'un programme que nous offrons aux premiers intervenants, aux services de police et aux professionnels de la santé pour leur donner la résilience dont ils ont besoin dans le cadre de leur travail.

[Français]

Je vais écourter mes commentaires d'ouverture, pour permettre à mes collègues de vous entretenir plus directement des programmes qui sont offerts.

Je cède tout de suite la parole à Mme Vail.

Mme Liane Vail (instructrice principale, En route vers la préparation mentale, et retraitée de la Gendarmerie royale du Canada, Commission de la santé mentale du Canada): Merci beaucoup, monsieur Rodrigue.

[Traduction]

Mesdames et messieurs, bonjour.

[Français]

Merci beaucoup de l'invitation faite à la Commission de la santé mentale du Canada.

[Traduction]

Je vais vous parler un peu de moi. Je suis un agent de la GRC à la retraite. J'ai fait mon service au Nouveau-Brunswick. Comme j'ai quitté mon patelin de Montréal pour le petit village néo-brunswickois de Neguac, le réveil a été passablement difficile, c'est le moins qu'on puisse dire. Après 13 années sur la route, j'ai commencé à travailler à la sécurité des digitaires. Mon unité a été la première à monter un dossier complet sur la sécurité du premier ministre du Nouveau-Brunswick — à l'époque, c'était Bernard Lord. Après deux ans dans cette fonction, je me suis focalisé davantage sur l'encadrement des membres et je suis devenu le premier coordonnateur du PAME — le Programme d'aide aux membres et aux employés — pour cette province, poste que j'ai occupé pendant quelques années. Je suis ensuite devenu coordonnateur du retour au travail. J'ai aussi fait une maîtrise en psychologie de l'orientation à l'Université du Nouveau-Brunswick.

Je me suis aperçu qu'il y avait une lacune importante, non pas pour ceux qui recevaient l'aide dont ils avaient besoin, mais pour les « blessés ambulants », c'est-à-dire ceux qui ne savaient pas à qui demander de l'aide. En bref, j'ai commencé à m'intéresser à ce programme il y a des années et c'est quelque chose qui me tient très à coeur. J'y crois, et je suis tout à fait disposé à répondre à toutes vos questions en la matière, en anglais comme en français.

•(0850)

[Français]

Les autres représentants de la Commission peuvent vous répondre également.

Pour commencer, j'aimerais vous présenter la Commission de la santé mentale du Canada.

[Traduction]

La Commission de la santé mentale a été créée en 2007 pour donner suite à un rapport sur la santé mentale publié en 2006, intitulé *De l'ombre à la lumière*.

Comme vous pouvez le voir à l'écran, la Commission est un organisme à but non lucratif qui est financé par le gouvernement du Canada, mais qui travaille en parfaite autonomie. La santé mentale comporte plusieurs grands volets: le milieu de travail, le rétablissement, le soutien par les pairs, le suicide, les Premières Nations, les Inuits et les Métis, et le changement des mentalités. Aujourd'hui, je vais parler du programme En route vers la préparation mentale, ou RVPM, un programme axé sur le milieu de travail qui s'adresse tout particulièrement aux premiers intervenants.

Parmi les projets et les initiatives auxquels nous avons contribué, il convient de mentionner la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, ainsi que l'établissement de la norme nationale canadienne en matière de santé et sécurité psychologiques. La société met beaucoup l'accent sur la santé et la sécurité physiques, mais de plus en plus de recherches indiquent que nous devrions accorder la même attention à la santé et la sécurité psychologiques.

Changer les mentalités est une initiative qui s'intéresse essentiellement à tous... Ils ne voulaient pas réinventer la roue. Ils voulaient répertorier les initiatives existantes et juger de leur utilité. Ils ont adopté une méthode fondée sur des données probantes. Ils n'ont pas cherché à refaire ce qui a déjà été fait, comme le programme RVPM. Les quatre groupes ou aspects ciblés étaient les fournisseurs de soins, les jeunes, les médias d'information et le milieu de travail. Concrètement, le programme RVPM est axé sur le milieu de travail, mais le fait que les participants ramènent à la maison les outils acquis et les notions apprises donnent à la mise en oeuvre du programme un avantage secondaire indéniable: les conjoints et les familles en bénéficient, elles aussi.

Pourquoi la santé mentale est-elle importante? Le temps est venu d'avoir un peu d'interaction. Avant d'aborder certaines questions avec des statistiques, nous allons regarder une vidéo.

[Note de la rédaction: difficultés techniques]

Mme Nicole Boisvert (gestionnaire, Planification et opérations commerciales, Commission de la santé mentale du Canada): Est-ce qu'il y a du son?

Mme Liane Vail: Comme j'ai fait cet exposé de nombreuses fois, je peux vous donner une version abrégée pendant que vous regardez la vidéo.

Mme Nicole Boisvert: Nous allons l'animer pour vous.

Mme Liane Vail: Oui, nous allons l'animer pour vous. C'est assez simple.

Un homme se fait frapper par une voiture en traversant la rue. Si c'est une blessure physique, les gens vont accourir, l'examiner et chercher de l'aide. Ce que vous voyez ici, c'est un groupe de gens. Certains sont en retrait, d'autres sont au coeur de l'action. Ils disent des choses comme: « Regardez-le, il ne saigne même pas. » « Je n'ai pas de temps pour ça. » « Qu'est-ce que je suis censé faire? » « Il fait probablement semblant. » Toutes ces attitudes, une personne qui a des problèmes de santé mentale les subit. C'est la stigmatisation liée à ces mots qui empêche les personnes touchées de dire quoi que ce soit. En fin de compte, le message ici est: « Imaginez ce que ce serait si nous traitions tout le monde de la même façon que nous traitions les personnes qui ont un problème de santé mentale. »

La prochaine diapositive va être un peu interactive. Elle vous donne la réponse. Néanmoins, au cours d'une année donnée, c'est un Canadien sur cinq qui aura un problème de santé mentale. Faisons le calcul. Des 20 ou 30 personnes ici présentes, une sur cinq sera touchée directement ou indirectement. Allons-nous souffrir d'une

maladie mentale? Pas nécessairement, mais la maladie mentale touchera une personne sur cinq directement ou indirectement.

Voici une devinette. Vous avez vu le cercle. Quel est le pourcentage des adultes vivant avec une maladie mentale qui indiquent que le début a eu lieu avant l'âge de 18 ans? Est-ce que quelqu'un veut risquer une réponse?

• (0855)

[Français]

M. René Arseneault (Madawaska—Restigouche, Lib.): Je dirais 85 %.

Mme Liane Vail: C'est 70 %. Autrement dit, 70 % des adultes qui souffrent de symptômes les ont déjà subis avant l'âge de 18 ans.

[Traduction]

Quel pourcentage de parents disent qu'ils n'admettraient à personne qu'ils avaient un enfant atteint d'une maladie mentale?

Un député: Je dirais 60 %.

Mme Liane Vail: Pourquoi dites-vous cela? Pourquoi pensez-vous que ce soit si élevé?

[Français]

M. René Arseneault: C'est dû à la honte.

Mme Liane Vail: En effet.

[Traduction]

Ils sont gênés. Ils ont honte.

Un député: C'est la stigmatisation.

Mme Liane Vail: C'est la stigmatisation, absolument.

Quel pourcentage de jeunes de 25 ans ou moins, traités pour une maladie mentale, ont signalé être touché par la stigmatisation?

[Français]

M. René Arseneault: Cela dépend de quelle génération on parle. Le pourcentage est peut-être beaucoup moins élevé dans le cas de la présente génération, étant donné que cet état de choses est accepté dans les écoles, mais je crois qu'il s'agit de 60 % pour notre génération.

Mme Liane Vail: C'est exact.

Je vais vous donner l'exemple de mon fils de 12 ans.

[Traduction]

Un jour, il est venu me voir et il m'a dit: « Maman, je vais me suicider. » Étant donné mon expérience, je lui ai posé les questions appropriées.

Il y a la réflexion sur le geste proprement dit et la réflexion qui entoure le geste. Bien souvent, les gens diront que le suicide est la solution qui prend soin de tout, mais il y a aussi les idées suicidaires.

Alors, je lui ai posé les questions qui s'imposaient et je lui ai dit: « D'accord, mon bonhomme, tu as un plan. Tu sais comment tu vas t'y prendre. » Et nous sommes allés à l'hôpital. Bien sûr, c'est à ce moment-là que vous avez besoin des soins spécialisés. C'est à ce moment-là que les spécialistes doivent intervenir. Je n'ai pas peur de parler de cela parce que mon enfant est devenu un champion de la cause. Il raconte son histoire dans les écoles. Il dit aux jeunes que c'est correct de ne pas se sentir toujours en pleine possession de ses moyens, et qu'il existe de l'aide.

C'est important, et c'est comme vous l'avez dit. La jeune génération est plus encline à partager ce qu'elle ressent, ce qu'elle pense. Souvent, je demande à mon fils de me dire ce qu'il ressent, ce qu'il ressent dans son cœur. Nous avons l'habitude de nier nos sentiments et de les cacher. En fait, nous avons peur de nous ouvrir et de parler de ce qui nous tracasse. Le principal obstacle qui nous empêche de le faire, c'est la stigmatisation.

Il n'y a que 13,9 % des Canadiens qui parlent de leur santé mentale à leur professionnel de la santé. La stigmatisation est l'obstacle numéro un, la principale raison qui empêche les gens de demander une aide professionnelle. Selon vous, quelles sont les craintes qui entourent la stigmatisation? La stigmatisation est un énorme parapluie qui abrite une foule d'aspects, mais pourquoi est-elle un facteur particulièrement important pour une personne qui a un problème de santé mentale?

[Français]

M. René Arseneault: Cela peut avoir un effet sur l'émancipation d'une personne sur le marché du travail ou sur son accès à de meilleurs postes, par exemple des postes de direction.

• (0900)

[Traduction]

Mme Liane Vail: La crainte numéro un est ce que vont penser les autres.

La réduction de la stigmatisation s'apparente à l'ouverture d'une porte ou d'une vanne, avec tous les effets que cela comporte. Lorsque l'on réduit la stigmatisation, la demande d'aide arrive plus tôt. On obtient un meilleur pronostic et de meilleurs résultats. La productivité augmente. On entend souvent parler d'absentéisme, mais il y a aussi le présentéisme, cette situation où une personne vient travailler, mais sans arriver à faire plus de trois choses dans sa journée. Pourquoi? Parce qu'elle se sent obligée de se présenter au travail même si elle n'est pas vraiment en état de travailler. En somme, l'augmentation de la productivité a une incidence positive sur le plan financier.

On constate aussi un changement d'ordre culturel en ce qui concerne les mentalités et les attitudes. Lorsque nous avons présenté ce programme, notamment lorsque c'était à des questionnaires, j'ai constaté qu'il y avait un déclic qui se faisait. Le changement des mentalités et des attitudes est fait de nuances. Nous avons quelque chose là-dessus — un peu plus tard dans les diapositives —, mais la raison pour laquelle le changement s'opère, c'est que ce n'est pas un sujet en noir et blanc. Il y a beaucoup de gris au milieu. Essentiellement, il y a un modèle du continuum qui fonctionne avec des couleurs et qui permet de simplifier et d'améliorer la lutte à la stigmatisation. À la clé, il y a des résultats positifs pour ceux qui ont des problèmes de santé mentale, puisque cela leur permet de s'ouvrir, et de se sentir plus en sécurité et plus à l'aise de parler avec leurs pairs et leurs gestionnaires de ce qu'ils ressentent vraiment.

Voici une très bonne analogie. Les gens demandent souvent pourquoi une personne qui a eu des problèmes de santé mentale met tant de temps à retourner au travail. À vrai dire, c'est parce qu'il faut beaucoup de temps avant de s'apercevoir que quelque chose ne va pas. Dans le cas d'un accident qui causerait une blessure — disons une cheville foulée ou une jambe cassée —, vous allez voir la blessure. Eh bien, la blessure psychique peut se produire au même moment. Si un policier se rend sur les lieux d'un accident de la route et qu'il se fait blesser alors qu'il est sur place, il aura une blessure physique, mais aussi une blessure mentale à cause du traumatisme qu'il a vécu. Bien entendu, la blessure physique sera dûment constatée, diagnostiquée et traitée, et il sera vraisemblablement en

mesure de retourner au travail. Mais sera-t-il assez bien pour reprendre ses fonctions? Aura-t-il fait ce qu'il faut pour surmonter son traumatisme? Peut-être pas.

Vous pouvez voir que la ligne qui va de la blessure mentale au diagnostic est beaucoup plus longue. Pourquoi l'est-elle? Il y a plusieurs raisons à cela: le blessé ne se connaît pas lui-même; il n'a pas identifié sa blessure; il ne sait pas à qui s'adresser; il ignore ce qu'il doit rechercher. Cela signifie qu'au moment d'obtenir son diagnostic, la personne blessée aura passé beaucoup plus de temps à ne pas se sentir bien sur le plan émotionnel que s'il s'était agi d'une blessure physique, et qu'il lui faudra pas mal de temps avant de se sentir bien à nouveau. Lorsqu'il s'agit d'une blessure physique ou d'une maladie, les choses s'enchaînent assez rapidement et le retour au travail ne tarde pas. Il y a un traitement puis la personne peut retourner au travail. Avec un problème de santé mentale, il faut beaucoup plus de temps puisque l'on ignore ce qu'il faut identifier, ce qu'il faut trouver.

Voici quelques chiffres qui sont passablement inquiétants. Au Canada, 500 000 personnes n'iront pas au travail cette semaine à cause de problèmes de santé mentale. Ce sont des coûts annuels de 51 milliards de dollars. À titre de comparaison, une maladie physique — comme une infection respiratoire — coûtera 8 000 à 9 000 \$ en soins et 11 jours d'absence. Dans le cas d'une maladie mentale, il faudra compter 18 000 \$ de soins par cas et 65 jours d'absence. Comment peut-on régler cela? Quelle est la solution?

Voici quelques statistiques. Oh, j'en ai sauté une. Cette étude de cas a été réalisée par un groupe. Bien sûr, j'ai déjà parlé de la différence entre infection respiratoire et maladie mentale. Vous pouvez voir le nombre de jours pour une infection respiratoire, 11, comparativement au nombre de jours pour une maladie mentale, 65.

Avez-vous des questions jusqu'ici?

[Français]

M. René Arseneault: Oui, j'en ai une.

J'imagine que ces statistiques se rapportent à une définition de la maladie mentale. Quels symptômes cette définition inclut-elle?

Mme Liane Vail: Nous allons en parler dans quelques instants. Je vais décrire l'ensemble des symptômes et des signes précurseurs. La Commission a divisé cela en différentes parties. Nous allons parler des signes précurseurs et des symptômes et vous décrire l'information que les agents reçoivent lors de la formation.

• (0905)

[Traduction]

Examinons les taux de prévalence de l'état de stress post-traumatique au Canada. Vous constaterez qu'il oscille entre 7 et 12 % chez les membres du grand public. Ce taux a été calculé par les Services de santé Royal Ottawa en 2016. Essentiellement, les taux de prévalence chez les policiers et les militaires se chiffrent à 8 %. Ensuite, il y a les pompiers, les agents correctionnels et les paramédicaux. En toute honnêteté, si je parle de cette diapositive, je devrai remercier la Commission d'avoir fait preuve de la diligence nécessaire auprès des services de police parce que, lorsque le programme a été amorcé, l'une des employées, Sue Mercer, a joué un rôle de premier plan dans le ciblage des policiers. Je crois sincèrement que le pourcentage a diminué dans les services de police grâce à la Commission et au travail acharné que ses employés ont accompli jusqu'à maintenant.

En ce qui concerne les militaires, RVPM existe depuis 2009, et je suis convaincue que le programme a eu un effet bénéfique.

Mme Pam Damoff (Oakville-Nord—Burlington, Lib.): Une étude qui vient d'être menée a révélé que les taux de prévalence de l'état de stress post-traumatique déclaré sont beaucoup plus élevés que les chiffres cités. Dans le cadre de notre étude, nous avons également entendu dire que le taux de prévalence tant des blessures de stress opérationnel que de l'état de stress post-traumatique sont considérablement supérieurs aux chiffres affichés là. Comme il n'y a pas vraiment de statistiques à l'échelle nationale, nous avons recommandé, entre autres, que la possibilité de produire ces statistiques soit envisagée. Les Services de santé Royal Ottawa sont formidables et à l'avant-garde de ce dossier, mais j'ignore si le taux de 8 % pour la police est représentatif à l'échelle nationale.

Mme Liane Vail: J'en conviens. De nombreuses recherches sont menées par des entités distinctes, mais personne n'a établi de corrélation entre elles. Les pourcentages obtenus vont varier. Dans le cas présent, il s'agit d'un groupe dont les membres affirment avoir étudié la question. Ils ont mené leur étude et estiment que le pourcentage s'élève à 8 %.

Je vais vous donner un exemple. J'ai joué un rôle important après les fusillades de Moncton, au cours desquelles trois de nos membres ont été tués et deux ont été blessés. L'année précédente, nous avions mis en oeuvre le programme RVPM. Nous avons donc suivi les agents par la suite. Nous avons fait équipe avec la clinique pour traumatismes liés au stress opérationnel de Fredericton, et nous avons effectué quelques recherches. En tenant compte uniquement de cet incident, le taux a été estimé à 14 %. Les statistiques vont varier, mais je crois sincèrement que le programme aura un effet bénéfique sur le plan de l'autogestion.

Après les événements de Moncton, nous avons eu sept jours pour préparer les obsèques. De nombreuses tâches administratives devaient être accomplies, mais ma tâche consistait à prendre soin des membres et à gérer les traumatismes et la crise. Nous avons en fait accès à une aile de l'université où un centre d'accueil avait été établi à l'intention de tous les premiers intervenants touchés directement ou indirectement... Le fait de ne pas avoir vécu la fusillade ne signifie pas nécessairement qu'elle n'a eu aucune incidence sur moi. Des séances d'information étaient offertes. De plus, nous avons retenu les services de psychologues, de médecins, etc. Il y a un exemple parfait dont je me sers. Un agent très corpulent et dur s'est pointé au centre d'accueil. Je lui ai demandé ce dont il avait besoin. Il m'a regardé et m'a dit: « Je ne sais pas ce dont j'ai besoin, mais je sais que je ne me porte pas bien ». C'est ce qui m'émeut vraiment. L'outil d'autogestion du programme aide vraiment les gens à déterminer plus rapidement si une intervention précoce s'impose. Ainsi, ils peuvent obtenir l'aide dont ils ont besoin. Ce n'est pas un remède miracle, et tous ne souscriront pas à cette idée. J'en suis consciente, mais je peux affirmer que le programme a eu une énorme incidence sur un grand nombre de personnes.

Mme Nicole Boisvert: Si vous me le permettez, je vais simplement m'exprimer pendant un moment. Je pense qu'une partie de la différence que vous observez entre les statistiques... L'étude récente, si nous parlons bien de la même, est fondée sur des cas déclarés, comme vous l'avez indiqué. Les chiffres obtenus ne sont pas représentatifs du nombre de diagnostics reçus parce qu'aucun professionnel de la santé mentale n'est intervenu. Il s'agit uniquement d'un outil d'examen préalable, alors que les chiffres qui nous occupent ont été calculés par les Services de santé Royal Ottawa et reposent en réalité sur des cas diagnostiqués par des professionnels de la santé mentale. Je crois que c'est la raison pour laquelle vous observerez un écart. Les cas déclarés seront beaucoup

plus nombreux, peut-être parce qu'un plus grand nombre de gens participent au processus.

Mme Pam Damoff: En outre, l'étude se penche uniquement sur les cas d'état de stress post-traumatique.

Mme Nicole Boisvert: Oui, c'est aussi uniquement des cas d'état de stress post-traumatique.

Mme Pam Damoff: Il s'agit d'un sous-ensemble des problèmes de santé mentale. C'est la raison pour laquelle nous examinons les blessures de stress opérationnel, au lieu de nous contenter des cas d'état de stress post-traumatique.

Mme Liane Vail: Exactement. La façon dont j'envisage le trouble de stress post-traumatique... et je suis atteinte de ce trouble. J'ai été diagnostiquée en 2012. Je peux dire en toute honnêteté que l'état de stress post-traumatique chapeaute en quelque sorte d'autres problèmes, parce que mes symptômes ressemblaient davantage à de l'anxiété et de la dépression. Il y a des taux de prévalence pour les cas accompagnés d'anxiété et de dépression. Donc, si vous ne soignez pas ces problèmes, ils mènent à un état de stress post-traumatique.

Il y a aussi l'anxiété sociale. Voilà quelques-unes des maladies mentales les plus communes que vous retrouverez chez les premiers intervenants.

Quels sont les coûts de l'inaction? Il y a l'absentéisme. Nous avons parlé du présentéisme. Il y a les demandes de prestations d'invalité — c'est-à-dire ces 51 milliards de dollars — vos blessures, les griefs, le roulement de votre personnel et les conséquences juridiques liées au fait que nous ne soignons plus seulement les blessures physiques, mais aussi les blessures émotionnelles qui peuvent survenir en milieu de travail.

Alors, quelle est la solution? En route vers la préparation mentale a été mis au point par le ministère de la Défense nationale en 2008 et 2009. Le programme découle essentiellement de leur expérience en Afghanistan où ils ont remarqué une augmentation des maladies mentales. Le chef d'état-major et le Médecin général ont donc décidé de regrouper leurs ressources. La situation était unique, en ce sens qu'ils ont fait appel non seulement à des spécialistes et des experts en la matière, mais aussi à des soldats. Les soldats étaient en mesure de parler aux soldats, tout comme les agents de police sont en mesure de parler aux agents de police. Les pairs interviennent dans le programme, ce qui est crucial du point de vue de la présentation. Un psychologue peut prendre la parole et nommer une foule de symptômes, mais, si un pair qui a vécu cette situation et qui n'est manifestement pas en état de crise est capable de parler de son expérience d'une façon qui trouve écho auprès de son audience, ses paroles seront beaucoup plus profondes et auront une énorme incidence sur le groupe auquel il présente l'information.

Quels sont les objectifs du programme? Voici les objectifs d'En route vers la préparation mentale. L'un des modules examine la stigmatisation liée à la maladie mentale. Qu'est-ce que la stigmatisation? Qu'est-ce qu'un préjudice? Le programme favorise la bonne santé mentale. Il reprogrammera la façon dont les participants pensent et parlent. Il aide les participants à reconnaître les indicateurs d'une mauvaise santé mentale non seulement chez eux, mais aussi chez les autres, et il leur apprend comment acquérir des capacités d'adaptation, que nous passerons en revue plus tard au cours de l'exposé. Il crée un milieu plus soucieux du bien-être de tous.

Les fusillades de Moncton sont l'incident que j'utilise comme exemple. À la suite de cet incident, nous avons créé un milieu offrant un soutien à tous ceux qui souhaitaient s'y rendre. La participation n'était pas obligatoire. Elle n'était pas nécessaire, mais les gens savaient que le centre d'accueil était là. Et le fait qu'ils savaient qu'un soutien leur était offert était une demi-victoire.

Dans le passé, nous envisagions la santé mentale et la maladie mentale comme si la première était plutôt blanche et la deuxième, plutôt noire. Soit vous étiez en santé, soit vous étiez malade. Dans le cas présent, elles sont représentées par le vert et le rouge. Lorsque vous êtes en santé, vous fonctionnez normalement; vous êtes donc en mesure de vous rétablir et de surmonter la maladie mentale. Vous vous trouvez dans la zone verte. À l'autre bout du spectre, il y a une zone rouge qui signifie que vous êtes malade et que vous souffrez d'une maladie mentale pouvant faire l'objet d'un diagnostic. La question que je vous poserais si vous étiez atteint d'une maladie mentale est la suivante: pouvez-vous retourner dans la zone verte? Pouvez-vous surmonter une maladie mentale, recouvrer la santé et bien fonctionner?

• (0910)

[Français]

M. René Arseneault: On aimerait que la réponse soit toujours oui, et c'est probablement souvent le cas, mais cela dépend de la maladie mentale.

Mme Liane Vail: Effectivement.

Les maladies mentales plus graves exigent davantage de travail et de thérapie, et peut-être aussi plus de médicaments. Dans le cas de l'anxiété, de la dépression, de la phobie sociale et du syndrome de stress post-traumatique, il est possible de reprendre ses fonctions. Ce n'est pas le cas pour toutes les maladies mentales, mais ce l'est pour celles qui sont communes aux membres des corps policiers et aux policiers répondants.

M. René Arseneault: Je faisais allusion à une maladie mentale comme la schizophrénie aiguë. Certains de mes proches qui en souffrent ne peuvent absolument pas travailler.

Mme Liane Vail: C'est exact.

[Traduction]

Voici le continuum de la santé mentale. C'est vraiment le point saillant de la route vers la préparation mentale, en ce sens qu'il s'agit d'une introduction à un nouveau modèle du continuum qui décompose vraiment ce qui est sain, ce qui constitue une réaction, ce qui trahit une blessure et ce qui constitue une maladie. Sur cette diapositive, il est important de noter les couleurs. Le vert indique que vous êtes prêt à aller de l'avant. Le jaune indique une réaction. Vous éprouvez une détresse autolimitative que vous pouvez soigner vous-même. Si vous vous déplacez vers la droite du continuum, vous atteignez l'orange et le rouge. L'orange indique une incapacité fonctionnelle plus grave, et le rouge, une maladie pouvant faire l'objet d'un diagnostic.

Cela dit, au cours de mon exposé, j'utilise souvent une maladie physique comme analogie, ce qui entraîne un moment d'illumination. Si l'un de vous se tordait la cheville, s'agirait-il d'une détresse fréquente et autolimitative? Pourriez-vous prendre soin de vous-même? Absolument. Réagiriez-vous à un mauvais traitement que vous auriez infligé à votre corps? Oui. Il en va de même pour la maladie mentale. Vous pourriez éprouver davantage de stress dans une semaine ou deux, et cela pourrait provoquer une réaction de votre part. Si, lors d'une sortie, vous vous foulez la cheville, vous pourriez éprouver une incapacité fonctionnelle plus grave. Vous

pourriez avoir besoin de consulter votre médecin, de faire de la physiothérapie et de recevoir des soins. Il se pourrait que vous soyez forcé de voir un ergothérapeute afin qu'il vous aide à recouvrer la santé. Lorsque vous tombez malade, cela correspond à une cassure. C'est peut-être votre jambe ou votre genou qui est cassé. Avez-vous besoin de traitements et d'aide professionnelle supplémentaires pour retourner dans la zone verte? Assurément. Pourriez-vous regagner la zone verte, si vous vous êtes brisé la rotule? Oui, vous le pourrez. De même, vous pourriez recouvrer la santé après avoir reçu un diagnostic de maladie mentale.

Il est important de montrer ici le passage d'une bonne santé mentale à une mauvaise santé mentale le long d'un dégradé. Cela met en relief la possibilité d'aller et venir le long du continuum, et cela élimine le besoin d'utiliser des étiquettes stigmatisantes et d'avoir recours à des diagnostics posés par des intervenants non professionnels. Lorsqu'en coulisses, nous consultons Google pour vérifier si nous souffrons de ceci ou de cela, je qualifie souvent ces recherches de « consultation de Dr Google ». J'en ris parce que, dès que j'appelle mes beaux-parents pour leur dire que mon fils a un rhume, ils pensent qu'il souffre d'une pneumonie et qu'il doit être hospitalisé. Ils ont une réaction extrême. Le modèle du continuum de la santé mentale supprime les étiquettes stigmatisantes. Il élimine aussi le besoin de consulter tous les Dr Google du monde entier, parce que vous pouvez voir par vous-même où vous vous situez dans le continuum.

Enfin, à chaque stade, on présente les symptômes et les indicateurs correspondant à des fins d'auto-évaluation.

• (0915)

[Français]

Monsieur Arseneault, vous avez demandé quels étaient les signes précurseurs, les indicateurs. Nous avons divisé ce sujet en sections.

Il y a d'abord le changement d'humeur.

[Traduction]

Si vous examinez les changements d'humeur, vous constaterez que leur intensité fluctue et que la productivité de la personne diminue. Essentiellement, lorsque vous passez du côté droit du continuum au côté gauche, votre humeur devient normale lorsque vous atteignez la zone verte. Vous pouvez devenir irritable ou impatient, puis cette humeur peut disparaître, vous permettant de regagner la zone verte. Si vous devenez anxieux ou en colère en raison d'un événement plus stressant, vous pouvez retourner dans la zone verte. Vous ne passerez pas nécessairement à la zone rouge directement. Certaines personnes le font et, dans ces cas, vous les verrez s'enrager facilement. Vous observerez chez elles une panique excessive. Elles seront d'humeur dépressive ou même insensible, comme si elles ne ressentaient rien.

Nous examinons maintenant la deuxième facette des symptômes, qui se traduisent fréquemment par une modification des pensées ou des attitudes. Les pensées sont surtout un processus interne. Quelles sont nos pensées? Sont-elles positives ou négatives? Que se passe-t-il en nous lorsque nous regardons le partenaire avec lequel nous travaillons et que nous pensons « Seigneur, faut-il que je travaille encore avec ce type », alors que tout se déroule bien les autres jours? Ici, nous considérons les pensées comme internes et les attitudes comme externes.

Quelqu'un ici se sert-il des sarcasmes comme une forme normale d'humour? Personne. Cela n'arrive pas.

Ensuite, je vais vous demander si vous avez déjà eu recours à des sarcasmes mordants, pour ensuite estimer que vous n'auriez peut-être pas dû vous exprimer ainsi.

● (0920)

M. Glen Motz (Medicine Hat—Cardston—Warner, PCC): Tous les jours.

Des voix : Oh, oh!

Mme Liane Vail: Tous les jours? D'accord.

Je vais maintenant aborder l'étape de réaction au quotidien et demander s'il y a un sarcasme déplacé, des pensées intrusives ou, parfois, de la distraction ou un manque de concentration. Sur le plan des pensées et des attitudes, à mesure qu'on se déplace vers la droite sur le spectre, on perd son sens de l'humour. On note peut-être un sarcasme déplacé, qui peut aisément se transformer en attitude négative, et si une personne est dans le rouge, on tombe dans la non-conformité.

Il ne faut pas se rendre dans la zone rouge. L'objectif principal du programme consiste à détecter les signes et les symptômes avant d'en arriver là.

Il importe également d'expliquer certains des signes et des symptômes des pensées et des attitudes que l'on a quand on se trouve dans le rouge. Il y a des pensées suicidaires qui ne mènent peut-être pas au suicide, puis des intentions suicidaires et, enfin, des gens mettent fin à leurs jours.

En ce qui concerne l'incapacité de se concentrer, les pertes de mémoire et les capacités cognitives, disons que vous vous trouvez dans la cuisine et que vous vous demandez ce que vous faites là et ce que vous êtes venus chercher. Si cela arrive à l'occasion, tout va bien. Mais si le problème commence à se manifester encore et encore, il faudra se demander où on se trouve dans le spectre.

On remarquera ensuite des changements physiques. Si vous regardez l'écran ici, vous verrez qu'il est question des habitudes de sommeil, de l'appétit, de l'énergie et du poids. Quel est, selon vous, le changement physique qui touchera les gens plus que tout autre signe et symptôme de l'état physique? Tout le reste va mal quand nous en manquons.

Mme Pam Damoff: Le sommeil.

Mme Liane Vail: Oui. Le sommeil est très important.

Quand j'étais responsable du retour au travail, des gens qui étaient en arrêt de travail venaient à mon bureau pour discuter d'une libération médicale ou d'un plan de retour au travail. Souvent, la première question que je leur posais était: « Dormez-vous bien? » Le sommeil a une incidence sur tout le reste.

On observe ensuite des modifications de comportement et de rendement. Si une personne physiquement active se transforme en ermite en l'espace de deux semaines ou d'un mois, il y a peut-être lieu de s'inquiéter. Une personne qui n'a jamais manqué un jour de travail peut subitement être absente un jour par semaine ou appeler pour se déclarer malade.

Ce sont des indices que nous devons détecter. Nous nous intéressons ensuite aux habitudes, comme le rendement ou la procrastination. Normalement, si on remet quelque chose à plus tard, c'est parce qu'on réagit à quelque chose qu'on ne veut pas affronter. Quand il s'agit de blessés, on note de l'évitement et des retards, ainsi qu'une diminution de rendement, évidemment.

Dans la zone rouge, il y a le retrait et l'absentéisme. Je parle aussi du présentisme, car un de mes très bons amis qui, pendant très longtemps, ne se rendait pas compte qu'il n'allait pas bien, se

présentait au travail parce qu'il devait travailler. Il s'assoit devant son ordinateur, répondait à trois courriels et avait terminé. On le voyait à la pause-café et il semblait heureux et satisfait, mais à l'intérieur, il était misérable. Quand il a obtenu l'aide dont il avait besoin, il est revenu dans la zone verte. Il est crucial de comprendre que le présentisme est également un signe et un indicateur.

La consommation de substances entre également en jeu. Je parle ici des substances légales et non de celles considérées illégales jusqu'à présent. Il faut aussi porter attention aux modifications de la consommation de substances, car il s'agit d'un signe et d'un symptôme. Cela concerne les médicaments sous ordonnance et l'alcool.

Tout cela est bien. Vous pouvez examiner la question, mais là où je veux en venir, c'est que la consommation de substances est un indice. Dans mon cas, la consommation, c'est le magasinage. J'adore magasiner, mais je sais que quelque chose ne tourne pas rond quand je magasine trop, n'est-ce pas? À quoi est-ce que je pense, qu'est-ce que j'essaie de camoufler?

Quand la consommation commence à avoir des conséquences sociales, économiques, juridiques ou financières, cela devient un problème. Quand elle n'a d'incidence sur aucune de ces facettes de votre vie, alors cela ne devrait pas être un problème. Mais quand la consommation commence à causer de plus en plus d'ennuis ou a des répercussions sociales, économiques, juridiques et financières, alors on sait que quelque chose se passe. C'est un signe évident de symptôme montrant qu'on se déplace sur le spectre.

Je vais distribuer ces cartes, que nous remettons à tous ceux qui participent au programme. Je vous présenterai deux programmes, dont vous voyez ici les cinq caractéristiques. C'est là que l'on voit qu'il importe de faire attention à l'humeur, aux pensées et aux attitudes, au comportement physique et à la consommation de substances. Vous pouvez faire une brève autoévaluation pour déterminer où vous vous trouvez sur le spectre. Cependant, ce n'est pas parce que vous pensez entrer dans une de ces catégories que vous êtes atteint de maladie mentale. Cela signifie qu'il faut porter attention à la situation pour voir comment vous allez et pourquoi vous agissez ainsi. Cela a-t-il du bon sens?

● (0925)

Mme Nicole Boisvert: Il semble que le son va maintenant fonctionner.

Nous allons tenter de nouveau de regarder la vidéo.

Mme Liane Vail: D'accord.

Ce programme est axé sur l'éducation et comprend des vidéos. Nous allons vous montrer celle-ci.

[Présentation audiovisuelle]

● (0930)

Cette vidéo a beaucoup d'effet. Les vidéos comme celle-ci trouvent un grand écho auprès des personnes qui participent à l'atelier. Les quatre grands... Aux États-Unis, les Navy SEAL se préoccupaient des taux de réussite de leurs candidats. Ils ont donc utilisé ces vidéos, que le ministère de la Défense nationale avait empruntées, et ont réussi à accroître le taux de réussite des candidats qui souhaitaient entrer dans leur programme.

Chacun des quatre objectifs s'accompagne d'une définition. Le groupe doit faire une activité, en utilisant les objectifs SMART. Comment atteindre un objectif SMART? C'est très interactif. Dans le cadre de la visualisation, aussi appelée préparation mentale, nous effectuons une visualisation guidée et donnons souvent des exemples de situations dans lesquelles on peut utiliser cette technique pour contribuer à atténuer le degré d'anxiété dans une situation difficile ou lorsqu'on parle à quelqu'un en cas de conflit.

Il y a en outre le discours intérieur. Ce discours peut être négatif; il s'agit la plupart du temps de ce que nous nous disons à nous-mêmes. Il faut porter attention aux pièges de la pensée, des pièges auxquels nous recourons par habitude et qu'il faut tenter de modifier pour tenir des discours plus positifs.

Le quatrième élément est ce qu'on pourrait appeler la respiration tactique. Vous pouvez l'appeler la respiration yogique, calmante ou profonde. Concrètement, on pratique ce que j'appelle la respiration compartimentée, c'est-à-dire qu'on inspire pendant quatre secondes, retient son souffle pendant quatre secondes, exhale pendant quatre secondes, puis retient de nouveau sa respiration pendant quatre secondes. Vous pouvez aller sur Dr. Google pour lire sur le sujet. C'est une technique extrêmement efficace pour réduire immédiatement l'anxiété dans un moment d'anxiété ou de crise.

M. Glen Motz: C'est ce que fais pendant la période de questions.

Mme Liane Vail: Levez-vous les bras, inspirez pendant quatre secondes et retenez votre souffle pendant quatre secondes?

M. Glen Motz: Je ne lève pas les bras. Je me contente de respirer.

Mme Liane Vail: C'est ce que mon fils dit. Nous avons deux règles à la maison. Nous respirons avant de tenir des propos que nous allons regretter, et si les choses s'enveniment sérieusement, nous réglons la minuterie du four à micro-ondes à 20 minutes et nous nous éloignons jusqu'à ce que nous soyons prêts à revenir pour avoir une discussion rationnelle.

L'examen ponctuel des incidents est un autre outil destiné aux gestionnaires que le ministère de la Défense nationale utilise afin de réduire le stress au sein de l'équipe. Il ne remplace pas la séance de bilan. Il s'agit d'une brève vérification, qui concerne particulièrement les gestionnaires, si une crise ou une situation difficile est survenue en milieu de travail. Les gestionnaires vérifient comment leurs employés se sentent. Il s'agit simplement de demander « Comment allez-vous? » pour admettre que la situation était difficile ou pour indiquer « Je trouve cela dur moi aussi. » Cela permet aux employés d'avoir l'impression qu'ils travaillent dans un milieu sécuritaire et de réfléchir à leur réaction. Si leur réaction persiste et qu'ils ne reviennent pas à la normale, ils peuvent, bien sûr, gérer eux-mêmes le problème et obtenir l'aide nécessaire.

En ce qui concerne les scénarios, j'ai travaillé avec Suzanne Bailey, qui a joué un rôle de premier plan au sein du ministère de la Défense nationale dans le cadre de ce programme. Elle insiste sur le fait que cet élément est essentiel à la réussite du programme. La trousse destinée aux gestionnaires comprend huit exemples pour les dirigeants. La trousse de base... la seule différence, la raison pour laquelle une trousse contient moins d'éléments que l'autre, c'est que le programme de base dure quatre heures et celui destiné aux gestionnaires en dure huit.

Nous allons vous présenter un scénario, et je voudrais l'examiner. Si vous souhaitez en discuter avec les personnes assises à vos côtés ou en groupe, nous pouvons certainement le faire. Ainsi, quand nous parlons de scénarios, vous aurez une idée de ce dont il s'agit.

Dans le cadre de l'atelier En route vers la préparation mentale, nous divisons les groupes en équipes de quatre ou cinq personnes, auxquelles nous remettons un scénario. Pour les questions qui suivront, nous ne nous intéressons pas à l'équipe, mais à Elizabeth. Vous apprenez que la fille d'Elizabeth, votre subordonnée, a reçu un diagnostic de cancer terminal. Vous avez remarqué qu'Elizabeth est distraite et a parfois la larme à l'oeil au travail. Son travail commence à en souffrir et cela vous préoccupe. Elle commet des erreurs, est souvent absente, se montre brusque envers ses collègues et refuse d'assumer d'autres tâches.

Ceux qui travaillent avec elle sont mécontents, bien entendu, mais ils ne savent pas vraiment comment l'aborder. Ils sont également préoccupés et veulent l'aider, mais ils ignorent comment s'y prendre.

Je vous laisserai quelques instants pour discuter de ce scénario. Vous avez votre...

• (0935)

Le président: Madame Vail, permettez-moi d'intervenir.

Nous avons discuté de la teneur de la séance et certains collègues se sont dits mal à l'aise, si je puis dire, à l'idée d'examiner des scénarios et de participer activement.

Mme Liane Vail: D'accord. Très bien.

Le président: Donc je...

Mme Liane Vail: Nous pouvons certainement tenir une discussion de groupe, et je peux orienter la conversation...

Le président: Ou ne pas faire l'exercice du tout.

Mme Liane Vail: D'accord. Bien. Donc nous...

Le président: Pardonnez-moi un instant. Je veux consulter mes collègues, car certains ont exprimé leur malaise et je tiens à les respecter.

Mme Liane Vail: Bien sûr.

Le président: Monsieur Picard.

[Français]

M. Michel Picard (Montarville, Lib.): À mon avis, l'importance de la présentation est évidente. Du moins, je parle au nom de mes collègues et moi; vous pourrez faire part de vos besoins.

Madame Vail, il est essentiel de comprendre votre méthodologie et votre approche. Vous pouvez nous résumer la façon dont cela se passe normalement. Les membres du Comité souhaitent connaître ce que vous faites et comprendre ce qui se passe. Cependant, il m'apparaît inopportun qu'une séance publique de comité devienne un laboratoire public pour l'exercice que vous proposez. Au bénéfice de notre comité, je vous invite à nous présenter la mécanique que vous utilisez en formation et à nous résumer ce qui se passe en formation.

Mme Liane Vail: Oui, certainement.

Dans la trousse destinée aux gestionnaires, huit scénarios sont offerts; dans la trousse de base, il y en a quatre. On fournit des questions relativement aux scénarios.

Ici, nous ne sommes pas encore assez à l'aise pour faire cela, et c'est compréhensible. Souvent, cet exercice se fait à la fin de la formation et cela fonctionne mieux, parce que nous avons déjà donné aux participants, durant la journée, l'occasion de parler de ce qu'est la santé mentale.

[Traduction]

Le fait de réduire la gêne ressentie lorsqu'on discute de maladie mentale donne de bons résultats.

Le volet suivant du programme concerne le retour au travail. Cela ne concerne pas seulement la personne aux prises avec une maladie mentale, mais aussi ses pairs. Souvent, quand quelqu'un revient d'un congé de maternité ou de paternité, on souligne son retour avec un gâteau et des ballons. Les gens veulent voir les photos du bébé et tout savoir. Mais est-ce qu'une personne qui revient avec une maladie mentale reçoit le même accueil? Pas nécessairement. Ce n'est pas la faute des employés, car ils ne savent pas comment réagir. L'éducation offerte dans le cadre du programme aide les gens à déboulonner les mythes dont il est question dans cette vidéo.

[Présentation audiovisuelle]

● (0940)

Les gens craignent de ne pas savoir quoi dire.

En ce qui concerne les résultats de l'évaluation, en se fondant sur les résultats quantitatifs du sondage réalisé avant l'atelier, la Commission a examiné les programmes En route vers la préparation mentale et L'esprit au travail, qui est la version destinée aux civils. Elle a effectué des sondages à la suite des ateliers et réévalué la situation trois et six mois après les ateliers. Les données quantitatives témoignent d'une réduction de la stigmatisation chez les gestionnaires et une diminution de la stigmatisation chez les employés avant et après l'atelier, la majorité des gains étant maintenus jusqu'à trois mois après l'atelier. On a observé une augmentation substantielle des compétences relatives à la résilience, ainsi que de la résilience, de la santé mentale et du bien-être en général.

D'après les résultats qualitatifs, les gens ont indiqué qu'ils avaient aimé le programme et que l'atelier avait dissipé des mythes et des idées fausses courantes. Ils considéraient que l'expérience leur avait ouvert les yeux, que l'atelier était très interactif et bien présenté, et qu'il comprenait d'excellentes vidéos. Comme il s'agit d'expériences vécues, les gens sont vraiment ouverts et se sentent concernés.

Qui rejoignons-nous? Eh bien, nous avons joint plus de 59 000 personnes avec le programme En route vers la préparation mentale. Il y a 1 238 formateurs. Quant au programme L'esprit au travail, quelque 14 000 personnes l'ont suivi, dont 330 formateurs.

Au chapitre des partenariats, le programme En route vers la préparation mentale s'est associé avec plusieurs organisations policières et plus de 250 groupes de premiers intervenants. J'ai participé à la mise en oeuvre du programme à la GRC, dont j'ai rencontré le comité de haute direction en présence de Bob Paulson, qui était commissaire à l'époque et qui a rendu le programme obligatoire dans l'ensemble du pays.

Ce programme est d'une importance cruciale. Sans être une panacée, il ouvre la porte à un effet d'entraînement qui peut générer une augmentation substantielle de l'autogestion et une diminution considérable des sommes actuellement investies dans la santé mentale. Il aura une incidence sur les attitudes.

Nous offrons le programme sur une durée de quatre heures dans une journée de huit. La formation des formateurs dure une semaine, au cours de laquelle nous expliquerons le programme en utilisant le programme destiné aux gestionnaires. Normalement, il y a de 12 à 36 participants parce que nous ne voulons pas que le groupe soit trop grand. L'intimité permet de parler de santé mentale et de défaire les idées préconçues. Oui, la conversation crée un malaise. Au début, tout le monde est mal à l'aise, mais à mesure que l'atelier progresse, on constate que les gens sont de plus en plus disposés à discuter.

Le programme de base est d'une durée de quatre heures et comprend les mêmes modules que le programme destiné aux gestionnaires. Ce dernier diffère toutefois en ceci qu'il traite de la

promotion, de la détection et du soutien, exercice au cours duquel le groupe est divisé en trois.

Un groupe s'intéressera à la promotion. Comment favoriser une bonne santé mentale chez les employés? La Commission ne fournit pas les réponses. Elle est là pour aider les participants à trouver leurs propres réponses, des réponses adaptées à leur milieu de travail.

Un autre groupe se penchera sur la détection précoce afin de déterminer ce qu'il faut faire et comment s'y prendre.

● (0945)

[Français]

Quand c'est rendu dans le rouge, vous avez du soutien, mais quelle sorte de soutien? Où peut-on obtenir ce soutien? Quel traitement serait nécessaire, selon l'état?

[Traduction]

Souvent, les gens sont aux prises avec un traumatisme, particulièrement au sein des corps de police. Or, le fait qu'ils reçoivent ou non un traitement approprié est une grande indication qu'ils obtiendront le traitement adéquat pour retourner au travail.

Il y a ensuite les compétences pratiques et l'application, que nous vous avons montrées dans le scénario.

Voilà qui met fin à mon exposé. Merci beaucoup d'avoir écouté et participé. Je travaille pour la Commission et le programme En route vers la préparation mentale depuis de nombreuses années. Cette initiative a suscité un important suivi dans le but d'assurer le bien-être des employés, particulièrement sur le plan de la santé mentale.

Le président: Merci, madame Vail. C'était certainement un exposé fort intéressant.

Nous allons maintenant entamer les tours de questions plus ou moins structurées.

Monsieur Picard.

[Français]

M. Michel Picard: Je vous remercie grandement de votre présentation et, surtout, je vous félicite pour votre travail. Je sais qu'il reste énormément de travail à faire; c'est un travail qui n'a pas de fin. Au nom de ceux qui profitent de vos services, je vous remercie grandement de votre dévouement.

Selon votre diapositive qui compare les traitements pour un problème de santé physique avec ceux pour un problème de santé mentale, il est plus rapide de diagnostiquer un problème de santé physique qu'un problème de santé mentale. Toutefois, selon la répartition que vous faites, après le diagnostic, le traitement d'un problème de santé physique a environ la même durée que le traitement d'un problème de santé mentale.

Je suis étonné. Dans le cas d'une dépression, les gens sont suivis pendant plus de trois mois. Dans le cas d'un problème de santé physique quand même pas trop grave qui requiert des soins, ou même d'une crise cardiaque, la personne va récupérer en quelques semaines ou en quelques mois. J'aurais cru que certains problèmes de santé mentale, sans être extrêmes, requéraient des soins s'échelonnant sur des années. J'ai donc été un peu étonné que votre évaluation des traitements pour des problèmes de santé mentale soit pratiquement la même que pour des problèmes de santé physique.

Pouvez-vous m'en dire davantage sur ce sujet?

Mme Liane Vail: Autrement dit, vous êtes surpris du temps nécessaire pour récupérer d'une maladie mentale, comparativement au temps nécessaire pour récupérer d'autres maladies, est-ce bien cela?

M. Michel Picard: Sur la diapositive en question, il y a quatre tiges.

Mme Liane Vail: Oui.

M. Michel Picard: Après le diagnostic, la durée des traitements semble être à peu près la même, sans que ce soit au millimètre près. Je suis étonné. J'aurais pensé que le traitement des maladies mentales était beaucoup plus long, étant donné que certaines d'entre elles requièrent beaucoup plus de soins.

• (0950)

Mme Liane Vail: D'accord, je comprends.

En fait, cela dépend. Dans le cas de la dépression, il faut savoir si c'est quelque chose qui revient ou si c'est un incident isolé.

Prenons l'exemple où, en raison de la mort de son conjoint, une personne présente des symptômes de dépression. Les signes et symptômes peuvent durer très longtemps si la personne ne reconnaît pas qu'il s'agit de symptômes de la dépression.

Les données ici sont recueillies à partir du moment où le traitement commence, et j'insiste sur le fait qu'il faut donner le bon traitement. Si on envoie la personne suivre un traitement auprès d'une professionnelle qui se spécialise dans le traitement des enfants, pensez-vous qu'elle obtiendra le bon traitement? Non. Il est important de diriger les personnes présentant des signes et des symptômes vers le professionnel approprié. Pour ma part, il s'agissait de la clinique spécialisée dans les traumatismes liés au stress opérationnel.

Selon la recherche, normalement, de huit à dix séances peuvent guérir un incident de dépression ou d'anxiété.

La différence en ce qui concerne les policiers, c'est qu'ils peuvent avoir eu non pas un, mais plusieurs incidents de dépression depuis le début de leur carrière. Quand j'ai commencé à Neguac, il y avait beaucoup de cas de suicide et toutes sortes d'autres choses. J'ai continué. Ensuite, il y avait de plus en plus de traumatismes; c'était une accumulation de problèmes.

Pour répondre à votre question sur cette diapositive, je vous dirais que c'est relié à un incident.

M. Michel Picard: J'ai une dernière question.

Vous parlez de la réalité des policiers et des soldats. Quand un policier entre dans sa voiture, son niveau de stress est plus élevé que celui de la moyenne des gens.

Mme Liane Vail: Absolument.

M. Michel Picard: De la même façon, aussitôt qu'un soldat met son uniforme et se rend sur le terrain, son niveau de stress est nécessairement plus élevé. Son contexte est complètement différent.

Ainsi, le pourcentage de 8 à 10 % est un peu étonnant, étant donné que la base n'est pas la même que pour les autres quarts de métier.

Votre intervention commence-t-elle au moment où un problème de santé mentale est diagnostiqué, ou demande-t-on ou serait-il justifié qu'on demande que vous interveniez dans les cas où les personnes sont dans une zone grise?

Tout le monde connaît des gens qui ne vont pas bien à un moment ou l'autre. Or ces derniers ne souffrent pas nécessairement d'un problème de santé mentale. Il n'y a pas de norme. Il est impossible de

déterminer précisément à partir de quel point un individu est considéré comme souffrant d'un problème de santé mentale et non comme étant simplement un peu fou, dans le bon sens du terme. Il reste que, pour une question d'hygiène mentale, il est souvent conseillé de consulter un professionnel, simplement pour qu'il y ait un suivi. Ce n'est pas nécessairement que les choses aillent si mal, mais on ne veut pas se rendre au point où rien ne va plus.

Vos interventions couvrent-elles ces zones grises? Intervenez-vous lors des périodes jaunes ou orangées, ou seulement lorsqu'elles passent au rouge?

Mme Liane Vail: Voulez-vous répondre à cette question?

M. Michel Rodrigue: À la Commission, nous n'intervenons pas sur le terrain. Cela ne fait vraiment pas partie de notre mandat. Par contre, nous faisons de la prévention. Plusieurs de nos programmes sont axés sur la prévention.

Nous connaissons tous le programme de premiers soins, qui nous permet d'intervenir lorsqu'une personne se blesse et de stabiliser la situation jusqu'à ce que les secours arrivent. Pour notre part, nous offrons le programme Premiers soins en santé mentale, qui nous permet de faire l'équivalent. Il s'agit de pouvoir déterminer si une personne est en crise ou à la veille de l'être, intervenir, déterminer vers quel endroit elle devrait être dirigée, ou bien décider de l'y amener carrément ou d'appeler les secours. Cela fait partie des programmes que nous offrons. Nous oeuvrons vraiment dans le domaine de la prévention.

Nous croyons que c'est en offrant des programmes de promotion et de prévention que nous pouvons avoir le plus grand impact. Dans cette optique, nous offrons le programme L'esprit au travail. C'est la version que reçoivent ceux qui n'oeuvrent pas dans le domaine militaire ou policier. Pour avoir suivi cette formation avec des hauts fonctionnaires, je peux confirmer que cela permet enfin aux gens de disposer d'outils pour mieux transiger avec le personnel qui reçoit des traitements ou qui vit une expérience difficile. Je crois que cette initiative est pertinente. Elle permet de faire de la prévention. Cependant, quand les gens vivent des moments difficiles, des programmes de soutien sont nécessaires.

• (0955)

M. Michel Picard: Je vous remercie.

[Traduction]

Le président: Merci.

Comprenant que j'accorde des temps d'intervention plus ou moins structurés, je constate que votre exposé suscite beaucoup de questions.

[Français]

Monsieur Dubé, vous avez la parole.

M. Matthew Dubé (Beloeil—Chambly, NPD): Merci de votre indulgence, monsieur le président. Mon intervention sera brève.

Tout d'abord, j'aimerais vous remercier d'être parmi nous et de nous avoir livré votre présentation.

Monsieur Rodrigue, vous venez de parler de prévention. Je sais que les questions de formation opérationnelle, à savoir ce qui se passe précisément sur le terrain, sont à l'extérieur de votre mandat. Or au sujet des événements de Moncton, qui ont été évoqués à plusieurs reprises, on souligne que de la formation et de l'équipement disponible auraient peut-être permis de prévenir cet incident et le stress post-traumatique chez certains membres affectés par cette tragédie. Cela a même fait l'objet d'un litige. C'est évidemment là une question plus controversée.

Jusqu'à quel point êtes-vous impliqués dans des questions d'ordre plus pratique, notamment le fait d'assurer que les conditions de travail permettent d'éviter que vous ayez à intervenir par la suite pour des cas de maladie mentale?

M. Michel Rodrigue: Je vais répondre brièvement et céder ensuite la parole à une experte dans le domaine.

Nous avons élaboré la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail. Il s'agit de la première en son genre dans le monde. Cette norme a été adoptée par des milliers de milieux de travail. Elle crée des environnements sains. L'année dernière, nous avons été heureux d'entendre le greffier du Conseil privé annoncer que tous les milieux de travail de la fonction publique fédérale allaient adopter cette norme. Les grandes entreprises l'ont fait. Cela comprend un nombre de mesures qui permettent de créer un milieu de travail sain, exempt de harcèlement et de stress psychologique.

[Traduction]

Mme Liane Vail: Si vous me permettez de répondre en anglais, nous parlons essentiellement de l'incident de Moncton, que j'ai évoqué. Oui, il y a d'autres facteurs. Il y a des enquêtes et d'autres démarches. Mais le fait est que le programme a été offert aux agents un an avant l'incident. Je n'aime pas penser ce qu'il serait advenu de leur santé mentale si ces outils n'avaient pas déjà été en place.

Nous avons instauré ce programme essentiellement parce que des gens venaient me voir au centre de consultation en indiquant qu'ils étaient dans le rouge et n'allaient pas bien. Si nous n'avions pas disposé d'un outil comme celui-ci, dans lequel nous avons indiqué ce qui est important au chapitre de la prévention et de l'autogestion, nous aurions été confrontés à une crise plus grave.

Cela répond-il à la question?

M. Matthew Dubé: Absolument.

Sans trop entrer dans les détails, car je suis conscient que le temps file, je pense qu'il est important de comprendre dans quelle mesure les programmes mis en place correspondent aux besoins en matière...

Mme Liane Vail: de santé mentale.

M. Matthew Dubé: Tout à fait. Il faut veiller à ce que les agents soient bien formés, non seulement pour composer avec les problèmes de santé mentale, mais aussi pour intervenir physiquement, utiliser le matériel et ainsi de suite.

Autrement dit, si un travailleur de la construction est monté dans un échafaudage et que l'échafaudage est chambranlant, évidemment, on peut réparer les dommages après coup, mais on veut s'assurer que l'échafaudage est solide dès le départ.

Mme Liane Vail: Certainement.

M. Matthew Dubé: J'aimerais également savoir si votre organisation fait tout le nécessaire pour ne pas en arriver au point où le programme RVPM est indispensable.

Mme Liane Vail: Je peux seulement parler de l'expérience que j'ai vécue avec la GRC. L'organisation a évidemment élaboré une stratégie de santé et de sécurité psychologiques et défini le programme RVPM comme l'une des principales mesures pour venir en aide à leurs membres sur le plan psychologique.

C'est ce dont il est question ici. Il y a différents aspects liés à la sécurité. D'une part, il y a la sécurité physique et, d'autre part, la sécurité mentale. Le programme RVPM et la Commission travaillent à combiner les deux de sorte que... Je dis souvent: « Bien sûr, vous pouvez enfiler ces bottes, mais ces bottes sont-elles en bon état? »

● (1000)

M. Matthew Dubé: Absolument.

Merci.

Le président: Madame Damoff.

Mme Pam Damoff: Tout d'abord, je tiens à vous remercier de votre présence ici aujourd'hui et aussi de vos efforts visant à combattre les préjugés et à présenter un programme à nos agents de la sécurité publique dans le but de mettre en lumière les problèmes qui existent.

Comme vous le savez, notre rapport s'intitulait « Santé mentale et sécurité des collectivités », car nous reconnaissons que si nos agents de la sécurité publique ne sont pas en bonne santé mentale, nos collectivités ne seront pas aussi sûres.

Nous avons clairement entendu à quel point les anciens combattants, les premiers intervenants et les agents correctionnels sont tous différents, et c'est pourquoi ils doivent être traités différemment. Je sais que ce programme a été conçu au départ pour les militaires et qu'il a ensuite été adapté aux agents de la sécurité publique.

Même au sein de ce sous-groupe, on trouve des ambulanciers, des agents correctionnels et des policiers, alors est-ce que vous adaptez ce programme à chacun des groupes à qui vous vous adressez?

Mme Liane Vail: Oui. Il s'agit d'un processus assez exhaustif, et la Commission peut vous en parler.

J'ai travaillé avec des policiers, des ambulanciers, et plusieurs groupes. Ce que j'aime de ce programme, c'est qu'on adapte son contenu au public. Par exemple, si on s'adresse à des ambulanciers, il y aura des ambulanciers dans les vidéos qu'on présente. J'étais à St. Catherine l'année dernière et j'ai fait une présentation à des ambulanciers. Nous avons offert un programme de formation des formateurs d'une semaine, et les participants venaient de partout en Ontario.

Le programme correspond à la réalité de chaque groupe. Lorsque je suis allée au Québec et que je m'adressais aux agents correctionnels, j'abordais les problèmes auxquels ces personnes étaient confrontées. On organise des groupes de discussion et on discute de façon informelle avant même d'offrir le programme à l'organisation. Le programme est parfaitement adapté.

Mme Pam Damoff: Vous avez indiqué dans votre exposé qu'il s'agissait d'un outil. C'est ce que nous avons dit également dans notre étude. Ce n'est pas une panacée, mais c'est un moyen parmi d'autres de s'attaquer au problème.

Lorsque vous faites ces présentations, insistez-vous là-dessus, en particulier auprès des gestionnaires? Je vais être honnête avec vous. Selon ce que j'ai entendu, dans certains cas, les gestionnaires estiment qu'une fois qu'ils ont suivi cette formation, le problème est réglé au sein de leur ministère, et ce, sans qu'ils n'aient besoin de prendre toutes les autres mesures nécessaires.

Je vais vous donner l'exemple de Halton, où il y a une unité du mieux-être au sein de l'organisation. Ils font tout ce qu'il y a à faire. Ils font un excellent travail. Ils ont du soutien par les pairs. Ils ont différentes options pour répondre aux besoins des agents.

Dans quelle mesure en tenez-vous compte dans le cadre de la formation? Je suis sûre que vous en avez entendu parler également.

Mme Nicole Boisvert: Cette question se pose normalement avant même d'offrir la formation. Dans un premier temps, lorsqu'une organisation s'adresse à nous parce qu'elle désire recevoir la formation, l'un de nos membres discute avec les personnes responsables afin de connaître les besoins de l'organisation et les raisons pour lesquelles elle s'intéresse au programme. Quels besoins cherche-t-elle à combler exactement?

Nous discutons avec eux du fait qu'il s'agit d'un seul élément d'une série de mesures que la Commission offre et qu'ils devront mettre en oeuvre. Cette conversation avec les gestionnaires et les personnes responsables a lieu avant même d'offrir la formation.

Nous leur présentons également tout ce qu'offre la Commission et nous leur disons qu'une fois que nous aurons pris connaissance de leurs besoins, si nous ne croyons pas être mesure d'y répondre, nous les aiguillerons vers d'autres mesures.

Mme Pam Damoff: Chose certaine, nous avons recommandé de mettre en place une stratégie nationale à cet égard, et nous devons pouvoir fournir des directives aux agents de la sécurité publique partout au pays.

Qu'en pensez-vous?

Mme Liane Vail: Je suis ici au nom de la Commission. Cependant, si j'examine la situation dans un contexte plus large, en me fondant sur les expériences vécues à ce jour, je crois qu'il s'agit d'un très bon outil, et je sais que la Commission veut offrir des séances de renforcement. Si vous avez remarqué, dans les statistiques, après trois à six mois — vous l'avez même dit —, les gens croient que tout est beau alors qu'en fait, le maintien en poste a été démontré après trois mois.

La Commission est allée encore plus loin et a mis sur pied des séances de renforcement qui seraient offertes par les personnes déjà formées au sein de leur organisation afin de renforcer les priorités déjà vues dans le cadre de la formation destinée aux gestionnaires ou de la formation de base.

Par ailleurs, il y a aussi des gens qui ont suivi la formation de base qui sont maintenant gestionnaires, donc le fait d'avoir les deux... je pense que c'est une question interne qui relève de chaque organisation, mais en ce qui concerne la sécurité publique, il doit y avoir un système de surveillance en place qui peut varier au sein des différentes organisations.

Le problème, c'est que les premiers intervenants ne font pas confiance facilement. Je parle par expérience. Ils remettent tout en question. Ces programmes sont axés sur les pairs pour aider les gens à avoir confiance dans le processus.

• (1005)

M. Sven Spengemann (Mississauga—Lakeshore, Lib.): Je vous remercie tout d'abord de votre présence et de l'important travail que vous faites. Au cours des 10 dernières années, on a accompli un travail exceptionnel dans ce domaine particulièrement difficile, et nous commençons à voir des résultats.

J'aurais une question et aussi une observation concernant la possibilité d'exporter cette approche canadienne. Il y a quelques semaines, j'ai eu la chance de visiter le siège de l'ONU à New York. C'était dans le contexte de la Journée internationale de la démocratie, mais j'ai eu la possibilité d'avoir d'autres discussions également.

J'ai revu un ancien collègue qui est maintenant haut fonctionnaire au sein des services médicaux de l'ONU. Lui et moi avons servi en même temps dans une zone de combat pendant plus de cinq ans en tant qu'employés civils de l'ONU, et nous avons des collègues,

militaires ou civils, qui se sont suicidés, car dans la grande majorité des cas, ils avaient accès à une arme de service.

J'ai été ravi d'apprendre qu'on prend cet enjeu très au sérieux à l'ONU et qu'on commence à mettre sur pied des initiatives qui sont attendues depuis longtemps. Je pense qu'il y a là une possibilité d'intégrer l'approche canadienne. Mon ancien collègue est très intéressé par le rapport déposé par le Comité, mais je pense qu'il serait également bénéfique que la Commission communique avec les Nations unies.

J'ai trois questions à cet égard. Premièrement, j'aimerais approfondir la question qu'a posée ma collègue Pam Damoff au sujet du lien qui existe entre les civils et les militaires. Y a-t-il des facteurs qui les différencient? C'est particulièrement le cas de l'ONU, n'est-ce pas? Au sein des Casques bleus, on trouve des membres des forces armées, des agents de sécurité et des employés civils qui oeuvrent à l'intérieur des zones de guerre et qui font face à toutes sortes de violences. Il faut reconnaître les différentes dimensions. Y a-t-il des facteurs qui vous permettent de faire la distinction entre les militaires et les civils au sein de ce programme?

Ensuite, de quoi avons-nous besoin en matière de données? Et enfin, tenez-vous compte de la dimension de genre dans le cadre de votre travail?

• (1010)

Le président: Bonne chance.

Mme Liane Vail: Je ferai de mon mieux pour répondre aux trois questions.

La première question vise à savoir si oui ou non... Je pense que Nicole a bien expliqué dans quelle mesure le programme peut être adapté. Il y aurait beaucoup d'échanges de renseignements entre la Commission et l'ONU au sujet de leurs désirs et de leurs besoins, et on pourrait même mener des recherches sur les traumatismes et les taux de prévalence. Je suis sûre qu'il existe tout un département au sein de l'ONU qui veille au bien-être psychologique des employés. Que recherchez-vous exactement? Encore une fois, il faudrait en discuter avec la Commission.

Le genre a-t-il une influence sur les maladies mentales? D'après une étude dont j'ai pris connaissance, les femmes sont plus susceptibles de souffrir de certaines maladies, comme la dépression, en raison d'une surcharge de responsabilités, à la fois au travail et à la maison. Cependant, ce n'est plus tout à fait exact aujourd'hui, en raison des congés de paternité; il y a des pères qui décident de rester à la maison avec leur enfant. Évidemment, il y a des maladies mentales qui sont plus courantes chez les hommes ou chez les femmes, mais quoi qu'il en soit, il convient de mener davantage de recherches à ce chapitre.

M. Sven Spengemann: Monsieur le président, si vous me le permettez, en ce qui a trait à l'insuffisance de données fiables, selon vous, de quoi auriez-vous besoin pour améliorer ces programmes ou pour aborder des questions que vous ne...

Mme Liane Vail: Nous avons besoin de mener plus de recherches ici au Canada. Lorsqu'on analyse la situation d'un policier ou d'un premier intervenant au Canada, on se fie à des données américaines. Malheureusement, même si on trouve un grand nombre d'excellents chercheurs, le problème, c'est que les études exigent beaucoup de temps, parfois 10 ans. Au sein de la Commission de la santé mentale, on trouve le programme de formation SPARK, dont le but est d'accroître la capacité de transposition des connaissances. La transposition des connaissances permet de combler l'écart entre ce que nous savons et ce que nous faisons. La recherche est parfois utile pour qualifier ou quantifier quelque chose, mais qu'en est-il est de l'innovation et de l'objectif?

Le président: Merci.

Monsieur Paul-Hus.

[Français]

M. Pierre Paul-Hus (Charlesbourg—Haute-Saint-Charles, PCC): Merci, monsieur le président.

J'ai servi pendant 22 ans en tant que militaire.

Mme Liane Vail: Je vous en remercie.

M. Pierre Paul-Hus: J'ai connu une époque très différente de celle qu'on connaît aujourd'hui, tout comme certains de mes collègues qui sont d'anciens policiers ayant plus de 30 ans de carrière. À l'époque, c'est-à-dire dans les années 1980 et les années antérieures, il y avait une forme de sélection des militaires et des policiers. Les méthodes utilisées étaient très rudes. Lors de la formation de base, c'était un peu la prédisposition mentale qui était évaluée et qui permettait d'écarter plusieurs personnes.

Par la suite est arrivée la Charte canadienne des droits et libertés. Puis, au début des années 1990, des changements ont été apportés.

Selon vous, la présélection en fonction de la prédisposition mentale devrait-elle être importante? Faudrait-il rétablir une forme d'évaluation plus stricte avant d'enrôler des militaires ou des policiers? Dans certains cas, des policiers ou des militaires doivent vivre avec un trouble de stress post-traumatique. Si on faisait une évaluation préalable, on éviterait d'avoir à gérer de telles situations.

Mme Liane Vail: Monsieur Rodrigue, voulez-vous répondre à la question?

M. Michel Rodrigue: Je vais commencer par faire un commentaire plus large, et Mme Vail pourra compléter ma réponse.

Comme nous l'avons vu plus tôt, selon les statistiques, une personne sur cinq va vivre un trouble mental ou une maladie mentale à un âge ou l'autre. Plus de 500 000 Canadiens et Canadiennes ne sont pas capables de se présenter au travail semaine après semaine.

Je ne suis pas convaincu que la présélection soit la solution. La solution, c'est de s'assurer que les gens peuvent se rétablir dans les meilleurs délais.

Je vais vous donner une réponse pratico-pratique. Ce qui motive certains grands employeurs à assurer la mise en oeuvre de la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail et à assurer la formation de leur personnel en premiers soins et en santé mentale, c'est que leurs frais d'invalidité à long terme sont au plus haut. La raison pour laquelle ces frais sont aussi élevés, c'est l'absence d'accès à des services en santé mentale.

Nous avons également tristement constaté qu'après huit mois à un an d'absence, le retour au travail devient de plus en plus difficile.

Il y a donc un impératif économique et un impératif social à assurer le rétablissement des personnes atteintes d'une maladie mentale et à concentrer nos efforts de ce côté.

Mme Liane Vail: Je ne peux pas répondre à votre question, en raison de la Charte canadienne des droits et libertés.

Selon les statistiques, bon nombre d'adultes atteints de dépression ont eu des symptômes, des signes précurseurs ou des crises avant l'âge de 18 ans. Or, cela veut-il dire que toute personne ayant des symptômes de dépression avant l'âge adulte ne pourra pas être un bon soldat ou un bon policier? On ne peut pas faire cette présomption. Il est très difficile de savoir si ces outils de présélection nous aident à repérer les gens susceptibles d'avoir de tels problèmes.

M. Pierre Paul-Hus: On pouvait faire une présélection lors de la formation. Une fois enrôlé, le soldat suivait des cours de recrue. Cette formation était vraiment difficile, ce qui permettait de voir ceux qui étaient faits pour ce travail.

Mme Liane Vail: Absolument.

M. Pierre Paul-Hus: Maintenant, il faut faire beaucoup plus attention. Je sais que les droits de la personne sont importants. Je ne dis pas qu'il faille faire la même chose que par le passé, car ce ne serait plus approprié. Cependant, si l'on veut des militaires prêts à aller au combat ou des policiers prêts à aller sur le terrain et éviter qu'il y ait des problèmes, ne devrait-il pas y avoir un processus de sélection très rigoureux comme celui qu'utilise la Force opérationnelle interarmées? Si une personne ne passe pas le test, elle ne peut pas faire partie de cette force.

On veut avoir, dans la mesure du possible, des militaires et des policiers qui n'auront pas de problèmes par la suite.

● (1015)

M. Michel Rodrigue: J'espère pouvoir bien passer le message suivant.

Nous sommes tous susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale. Ce n'est pas un moment de faiblesse et il n'y a pas de prédisposition. Certes, il peut arriver que certains soient prédisposés à avoir des problèmes de cet ordre. Si on ajoute à cette prédisposition la prise d'un médicament ou d'une substance illicite, par exemple la marijuana, cela pourrait déclencher quelque chose. Abstraction faite de cela, nous sommes tous à risque, comme nous sommes tous à risque d'avoir un accident et de nous casser un bras.

La meilleure chose à faire est de mettre en place des mécanismes institutionnels pour appuyer les gens et s'assurer qu'ils pourront se rétablir le plus rapidement possible et retourner au travail.

[Traduction]

Le président: Monsieur Motz.

M. Glen Motz: Ce qui me rassure, c'est que lorsque Dave, Michel et moi-même avons commencé notre carrière au sein de la police, il y a de ça plusieurs décennies, il n'y avait pas de formation sur la santé mentale comme aujourd'hui. Par conséquent, je considère que nous allons dans la bonne direction.

Grâce à notre expérience, nous évaluons les gens avant de les recruter, et cela s'est avéré très utile. Nous offrons à nos recrues une préparation mentale dans le cadre de leur formation. La clé, c'est d'accroître la résilience au fil du temps, et assez tôt dans la carrière d'une personne.

Ce programme est très efficace. Nous l'avons déployé il y a quelques années avant que je quitte mes fonctions. Il a une incidence positive, en ce sens qu'il permet aux agents de police de se parler entre eux des traumatismes dont ils sont ou pourraient être témoins. Cela en soi est un grand pas.

Je me souviens d'avoir suivi il y a longtemps la formation sur l'état de stress post-traumatique, les séances d'information et le programme de counseling par les pairs qui étaient offerts aux États-Unis, et nous avons obtenu un certificat. À mon avis, c'est quelque chose que tout le monde peut faire, et je félicite la Commission pour son initiative. Je crois que c'est un pas dans la bonne direction.

Il est toutefois important de reconnaître que certaines études doivent être réalisées. Une étude a été publiée l'année dernière par un médecin de Regina. L'étude, intitulée « Blue Paper », se penche sur les programmes de bien-être offerts au sein des services de police de partout au pays. L'auteur y fait mention de la nécessité de mener davantage de recherches. Il doit y avoir une continuité entre les services. Je crois que c'est souvent ce qui pose problème. Nous allons tout de même dans la bonne direction, mais il faut permettre aux organismes de s'assurer que tous participent.

Je pense que vous avez été deux à en parler. Cette formation n'est pas une solution magique. Elle fait partie d'un programme de perfectionnement professionnel continu. Nous intégrons des ateliers de formation en santé mentale année après année, et il est important de le faire.

Matthew, vous avez demandé si on pouvait réparer l'échafaudage avant qu'il ne soit brisé. Parfois, c'est possible, et parfois, ça ne l'est pas.

Je crois que nous sommes sur la bonne voie. Nous allons dans la bonne direction. Toutefois, il reste encore beaucoup à faire. Ce n'est pas une panacée, mais bien une première étape. Il faut se réjouir de cette initiative.

Je n'ai pas vraiment de question, monsieur le président.

• (1020)

Le président: Monsieur Fragiskatos.

M. Peter Fragiskatos (London-Centre-Nord, Lib.): Je vous remercie pour le travail que vous accomplissez.

Tout d'abord, j'aurais une question concernant les proches des premiers intervenants et la place qu'ils occupent dans le cadre du programme RVP. M.

Ma deuxième question concerne les difficultés liées à la mise en oeuvre. J'ai lu un article, paru il y a quelques semaines, où il était question d'ambulanciers qui appliquaient cette même approche au Manitoba. Il semblerait qu'il soit plus difficile de mettre en place la stratégie dans les régions rurales par rapport aux régions urbaines. J'aimerais que vous nous en disiez davantage à ce sujet.

Mme Nicole Boisvert: Certainement.

En ce qui concerne les familles, la Commission vient tout juste d'élaborer une formation destinée aux proches des premiers intervenants, car nous sommes conscients que les traumatismes se répercutent sur eux aussi. Nous menons actuellement un projet pilote au sein des divers groupes de premiers intervenants avec qui nous avons travaillé par le passé. Cette formation cible tous les membres de la famille, que ce soit un conjoint, un partenaire, un parent, un frère ou une soeur, un enfant, pourvu qu'il soit majeur. On n'a pas encore mis au point une formation à l'intention des jeunes. Le projet pilote se poursuivra au cours des prochains mois et nous espérons pouvoir le déployer en 2018.

M. Peter Fragiskatos: Ma question était en lien avec la vidéo dans laquelle on voyait un agent de la PPO qui nous parlait de sa famille.

Mme Nicole Boisvert: Oui, c'est exact.

M. Peter Fragiskatos: Évidemment, il vivait des difficultés. Il est le principal intéressé, mais sa famille l'accompagne dans les moments difficiles.

Mme Nicole Boisvert: C'est une version simplifiée du programme...

M. Peter Fragiskatos: Je dirais que la famille souffre avec lui.

Mme Nicole Boisvert: Le programme est axé sur l'ensemble du continuum et la reconnaissance des signes et des indicateurs que les membres de la famille pourraient remarquer chez leur époux ou quelle que soit la relation qu'ils entretiennent avec le premier intervenant. On met de côté le retour au travail et ce genre de choses, et on insiste en quelque sorte sur les signes et les indicateurs à surveiller chez le premier intervenant à la maison.

Votre deuxième question...

M. Peter Fragiskatos: Elle concernait les difficultés de mise en oeuvre: les régions urbaines par rapport aux régions rurales.

Mme Nicole Boisvert: Il n'y a pas de doute: la réalité, c'est que bien des groupes avec lesquels nous avons travaillé se trouvent dans les grandes villes. La première raison de cela, c'est le financement. Dans les petites collectivités éloignées, il arrive souvent que les fonds manquent, pour un programme comme celui-là. Par exemple, les pompiers sont dans une grande mesure des pompiers volontaires, alors il n'y a pas du tout de financement. L'autre problème est simplement l'accessibilité. Par exemple, quand une personne participe à une formation comme celle-là, manifestement, elle n'est pas au travail. Il est parfois difficile de soustraire les gens à leur travail pour les envoyer à une formation, car l'équipe est peu nombreuse. Nous disons qu'une classe compte 12 personnes. Dans les petites collectivités, soustraire 12 personnes à la rotation pour une demi-journée, ou pour une journée dans le cas des gestionnaires, c'est souvent difficile.

Nous essayons de résoudre cela de diverses façons. Par exemple, nous assumons le rôle d'accueil. En général, les séances sont tenues par une organisation, au sein de l'organisation. La Commission s'est mise à tenir elle-même des séances. Les 12 à 24 personnes qui participent viennent d'organisations différentes, alors une organisation peut y déléguer peut-être deux ou trois personnes à la fois, plutôt que de devoir tenir une classe complète de 12 personnes. Pour commencer, cela réduit les coûts parce que l'organisation n'a pas à en être l'hôte, et elle n'a pas à payer pour des locaux et tout le reste. Ensuite, elle peut envoyer deux personnes à la fois, plutôt que de réunir une classe complète.

Nous le faisons aussi avec les grandes organisations, d'une certaine façon, en prêtant leurs formateurs à de petites organisations. Ils donnent de leur temps pour aller dans les endroits éloignés et ruraux. Nous envisageons aussi de modifier certains de nos modèles opérationnels afin d'inclure des partenaires qui se spécialisent dans la présentation de séances aux organisations de premiers répondants. Nous avons autorisé quelques organisations de ce genre, qui se spécialisent dans la formation, à se rendre dans les secteurs éloignés et ruraux.

Il y a différentes façons d'aborder le problème, mais tout revient au financement.

• (1025)

M. Peter Fragiskatos: J'ai une dernière question. Je présume que la Commission n'est pas la seule organisation à mettre en oeuvre une stratégie de formation à l'échelle du pays. Je suppose que d'autres organisations participent. Est-ce qu'il y a de la collaboration entre la Commission et d'autres organisations? Je pose la question, car je craindrais une fracture des efforts qui ferait que la formation et la matière de la formation ne sont pas uniformes partout. De toute évidence, il y aura des différences, mais vous ne voudriez pas des écarts qui feraient que les approches mises en oeuvre sont complètement différentes et mènent à des résultats différents. Pouvez-vous nous parler un peu de cela?

M. Michel Rodrigue: Avec plaisir. Notre organisation est très fière de fournir systématiquement de la formation qui est fondée sur des données probantes. Nous sommes ravis de pouvoir diffuser ces connaissances en élaborant les programmes. Je peux vous résumer brièvement la façon dont nous mettons les programmes en oeuvre.

Au début, quand nous avons pensé à lancer cela, nous nous sommes demandé comment notre portée pourrait être maximisée en commençant. C'est ainsi que nous avons décidé de travailler. Avec les grandes organisations, nous formons les formateurs. Ainsi, ils peuvent présenter la formation de façon uniforme à l'interne. Nous travaillons aussi avec des personnes incroyables, comme Liane qui présente le programme en notre nom. Pour ce programme, nous avons nettement plus de 1 200 formateurs. Nous cherchons toujours à prendre de l'expansion grâce à des partenariats. Par exemple, pour les premiers soins en santé mentale, nous travaillons avec des partenaires à étendre notre portée, et ce sont eux qui présentent le programme. Mais nous veillons à l'uniformité. Je crois qu'il est essentiel d'être fidèle au programme pour une raison: certaines personnes peuvent avoir de formidables idées, mais elles peuvent faire beaucoup de tort si les approches ne sont pas validées, mises à l'essai et garanties. Nous sommes ravis d'avoir des partenaires, car nous cherchons à donner plus d'ampleur à ce domaine.

J'espère que cela répond à votre question.

M. Peter Fragiskatos: Merci beaucoup.

Le président: Je remercie chacun de vous pour vos exposés.

C'est tout pour les questions des membres du Comité, mais malheureusement, le Comité est pris avec un président qui aime poser des questions. Premièrement, est-ce qu'il y a en ce moment une étude longitudinale visant les personnes auxquelles vous présentez ce programme? Avez-vous cela, ou aimeriez-vous avoir cela? Il me semble que c'est une population faite sur mesure pour une étude longitudinale. Deuxièmement, est-ce qu'il y a des critères de succès? Quand saurez-vous si c'est une réussite ou un échec? Troisièmement, j'ai une question de terminologie. Qu'est-ce qu'une maladie mentale diagnosticable? J'entends toutes sortes de choses. Est-ce que le TSPT est une maladie mentale diagnosticable?

Je compte sur l'indulgence de mes collègues et vous prie de répondre brièvement, sans quoi ils vont se rebeller contre la présidence.

Des voix: Ah, ah!

Un député: Encore.

Le président: Encore, oui.

Mme Nicole Boisvert: Je vais essayer de répondre brièvement.

En ce qui concerne la première question, nous avons mené des évaluations des programmes, comme Liane l'a dit, avant, après, au bout de trois mois, puis au bout de six mois. Il se fait des suivis

auprès des organisations où la formation est présentée de façon continue. On fait encore un suivi au bout de six mois. Comme Liane l'a mentionné, nous venons de lancer les séances de rappel. Nous constatons qu'après six mois, certains des résultats commencent à diminuer, alors nous avons lancé les séances de rappel en juillet. Nous travaillons maintenant avec certaines organisations qui ont antérieurement présenté le programme initial et qui commencent maintenant à présenter les séances de rappel pour s'assurer d'atteindre l'objectif.

Le président: Cela ne correspond pas au principe de l'étude longitudinale, dont les jalons sont 5, 10, 15, 20 ans.

Mme Nicole Boisvert: Nous n'avons pas d'étude longitudinale.

Le président: Non. Vraiment. C'est intéressant.

• (1030)

Mme Liane Vail: J'aimerais parler un peu plus de la question du TSPT, car souvent, quand on parle d'une maladie, on présume automatiquement que le diagnostic vient avec la maladie. En réalité, vous pouvez avoir des signes et des symptômes sans jamais avoir un diagnostic parce que vous avez eu le bon traitement et que la situation n'a pas traîné.

Pour recevoir un diagnostic, vous devez consulter un expert en la matière, un psychologue qui vous évalue au moyen de questionnaires, de prétests, et qui tient une entrevue avec vous. Si une personne peut dire qu'elle est atteinte du TSPT, c'est qu'elle a franchi toutes ces étapes. Est-ce que quelqu'un peut venir vous dire: « J'ai des symptômes de TSPT »? Absolument. Je suis sûre que tout le monde ici regarderait le manuel de diagnostic et dirait: « J'ai déjà eu ça. » Pour pouvoir dire que vous avez un diagnostic de TSPT ou de toute autre maladie mentale, il faut que vous ayez franchi toutes les étapes, comme la rencontre avec un psychologue, les questionnaires, et encore d'autres questionnaires, puis une entrevue formelle. C'est alors que l'expert en la matière va vous donner son opinion professionnelle, à savoir si vous répondez aux critères de diagnostic. Tout ce qui précède cela, ce sont des signes et des symptômes.

Le président: Oui.

M. Michel Rodrigue: Monsieur le président, en ce qui concerne la dernière partie de votre question, soit le critère le plus important, vous ne serez pas surpris d'entendre que, comme pour tout processus de gestion du changement, l'engagement ferme des dirigeants est le plus important critère de succès.

Je vous donne un exemple. Si vivre avec une maladie mentale et travailler à votre rétablissement a pour effet de nuire à votre carrière, le programme n'aura pas l'effet que nous souhaitons. Il faut pour cela l'engagement des dirigeants. C'est un élément essentiel du succès.

Le président: Au nom du Comité, je remercie chacun de vous de votre travail et de vos exposés. Vos représentants élus vous sont très reconnaissants de votre travail.

Merci. Vous pouvez partir quand vous le voulez.

Chers collègues, nous avons un problème pour mardi. Nous avons la réunion mixte de jeudi avec le comité de l'immigration, et nous pensions que nous pourrions tenir une séance mardi, avec en plus une réunion... ou nous pourrions commencer une séance sur les Autochtones, et il y a, je pense, quatre...

Michel, j'ai votre opinion, mais d'après notre greffier, il sera un peu difficile d'organiser la venue de témoins.

Glen.

M. Glen Motz: Monsieur le président, je dirais, au nom de notre groupe, que nous serions assurément d'accord pour que la séance de jeudi se poursuive mardi. C'est un enjeu national pressant — certainement pour le Québec —, et je dirais que nous pourrions continuer de discuter de l'immigration et de la question des migrants.

M. Matthew Dubé: Je n'ai pas de problème avec cela non plus. Je me dis simplement que nous ne pouvons pas savoir si le projet de loi C-21 sera ici mardi, car ma compréhension de cette situation est différente.

Le président: On vient de me chuchoter à l'oreille que le projet de loi C-21 est inscrit au *Feuilleton* d'aujourd'hui. Hier, à 17 heures, il était invisible. Nous sommes donc ravis de cette flexibilité.

Ce que je pense, c'est que si le Comité n'est pas saisi du projet de loi C-21 mardi, nous pouvons attendre après l'Action de grâce pour en faire l'étude, car j'aimerais mieux que nous y travaillions en continu, plutôt que de façon fragmentaire.

Michel.

[Français]

M. Michel Picard: Nous spéculons à partir d'hypothèses. Si le projet de loi C-21 ne nous parvient pas pour étude mardi, nous aurions alors une autre réunion disponible, étant donné que nous pourrions bien ne pas y travailler jeudi non plus. Cela me pousse à recommander que nous travaillions sur l'étude sur les Premières Nations, puisqu'elle est déjà prévue au programme. C'est une étude qui, elle, peut être interrompue par l'arrivée du projet de loi C-21.

Nous pourrions consacrer une, deux ou trois réunions à cette étude, d'ici à ce que le tout soit déposé.

Je comprends très bien que l'immigration est un sujet chaud et délicat. Il n'en demeure pas moins que, à mes yeux, il s'agit d'une question touchant en premier lieu l'immigration et, en deuxième lieu, les opérations de sécurité publique. La réduction du nombre d'arrivées fait de l'immigration une préoccupation de premier ordre pour le comité qui traite de l'immigration. À ce moment-là, l'idée de tenir une seule réunion à ce sujet, comme prévu, me satisfait. Nous pourrions ainsi commencer l'étude sur les Premières Nations aussitôt que possible.

● (1035)

[Traduction]

Le président: Peter, je vous écoute.

M. Peter Fragiskatos: Monsieur le président, je comprends que la question des demandeurs d'asile est pressante. En même temps, je pense que nous devons comprendre que les Autochtones de ce pays représentent 4 % de notre population, mais 25 % de la population carcérale. C'est aussi très pressant. Je dirais que nous devons commencer à nous pencher là-dessus mardi.

Le président: Je vous remercie de toutes vos opinions. En général, je ne veux pas annuler de séance parce que nous manquons de choses à faire, mais la situation en ce moment a tendance à fluctuer. Jeudi, je pourrais vraisemblablement en dire plus au Comité, et nous déciderons alors.

Je vous remercie de votre contribution.

La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : <http://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: <http://www.ourcommons.ca>